

**EVALUACION E INTERVENCION DE ANSIEDAD INFANTIL DESDE EL ENFOQUE
COGNITIVO CONDUCTUAL: UN ESTUDIO DE CASO**

Mg. AMPARO DURAN MOSQUERA

Directora

JOSE JAIRO JAIMES DUARTE

UNIVERSIDAD NORTE

PROGRAMA DE PSICOLOGIA

MAESTRIA EN PSICOLOGIA

BARRANQUILLA, 2017

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	4
JUSTIFICACION	4
AREA PROBLEMICA.....	7
OBJETIVOS	10
Objetivo General	10
Objetivos Específicos.....	10
HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE.....	11
Identificación del Paciente	11
Motivo de Consulta	11
Descripción Sintomática	11
Historia Personal	12
Historia Familiar	12
Genograma	13
Proceso de Evaluación	13
Conceptualización diagnóstica.....	14
DESCRIPCION DETALLADA DE SESIONES	17

SESION 1	18
SESION 2	¡Error! Marcador no definido.
SESION 3	21
MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA	53
Ansiedad.....	53
Trastorno de Ansiedad	57
Trastornos de Ansiedad en la Infancia y Adolescencia.....	58
Trastorno de Ansiedad por Separación	61
Criterios Diagnostico.....	62
ANALISIS DEL CASO	68
DISCUSION	73
CONCLUSIONES	77
REFERENCIAS.....	79

INTRODUCCION

El Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS), representa uno de los trastornos de ansiedad más comunes en la población infantil, principalmente entre los 7 y 9 años de edad, lo cual no implica que no pueda desarrollarse a edades tempranas e incluso en la etapa preescolar; su prevalencia disminuye con la edad pero en algunos casos, las conductas, principalmente las de evitación, relacionadas con la separación, pueden llegar a ser persistentes en la adultez. No obstante, la dificultad de identificar la presencia del trastorno, se encuentra vinculada a la posibilidad de diferenciar entre formas normativas de las formas patológicas de la angustia, siendo frecuente que el motivo de consulta otras manifestaciones y quejas que deben ser evaluadas por el clínico.

A continuación se presenta el caso de Lucia, una niña de 9 años de edad que fue llevada a consulta por sus padres, debido a dificultades para conciliar o mantener el sueño. El proceso de evaluación clínica, deriva en el diagnóstico de TAS, a partir del cual se inicia un proceso de intervención con enfoque cognitivo conductual, el cual se desarrolló a lo largo de 19 sesiones de intervención, teniendo como objetivo del tratamiento la abolición de las respuestas desadaptativas de ansiedad infantil a partir, que permitiera disminuir las manifestaciones asociadas al Trastorno de Ansiedad por Separación. El abordaje psicoterapéutico permitió a partir de la implementación de técnicas cognitivo – conductuales, la reducción del cuadro sintomático y se comprobó la eficacia del tratamiento a partir de la remisión de los síntomas inicialmente referidos por la paciente y sus padres.

JUSTIFICACION

Desde el punto de vista diagnóstico, la ansiedad infantil representa un desafío, en la medida en que no siempre es sencillo diferenciar si se trata de un trastorno de ansiedad como tal o de la presencia de una situación de angustia o temor propio del desarrollo cognoscitivo y emocional del menor, por ello suelen evidenciarse como cuadros subdiagnosticados, pese a que las investigaciones a nivel nacional han dado cuenta de una prevalencia importante en la presencia de trastornos de ansiedad en la infancia (Esparza y Rodríguez, 2009; Crane & Campbell, 2010; Romero, 2008 citados por Argumedos et al, 2014).

Es común que los trastornos de ansiedad aparezcan en un contexto de inhibición temperamental o timidez, pero con frecuencia es difícil determinar el momento exacto en que un trastorno de ansiedad comienza, así mismo, son una de las formas más estables de psicopatología mostrando poca remisión espontánea (Rapee, 2016).

En este orden de ideas, la evolución de la enfermedad, es uno de los principales motivos por los cuales se debe diagnosticar e intervenir a tiempo, ya que estos niños tienen mayor riesgo a sufrir trastornos de ansiedad y del ánimo en la adolescencia, trastornos por uso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, y suicidio en la edad adulta (Last, Hansen & Franco, 1997; Pine, Cohen, Gurley, et al, 1998), sumado al hecho, que la presencia de sintomatología ansiosa, incide directa y negativamente sobre el funcionamiento escolar, social y familiar del menor (Fernández, 2009).

Atendiendo a ello, se presenta el abordaje de un estudio de caso en una niña, que responda de manera directa la evaluación e intervención acorde a la sintomatología manifiesta, que permita

reducir el riesgo de presentar en etapas posteriores complicaciones del trastorno o comorbilidad asociada. La realización del mismo, permitirá incidir en el establecimiento de comportamientos adaptativos en la infancia y la adolescencia del caso en particular, al mismo tiempo que se desarrolla un abordaje pertinente desde la óptica de la psicología clínica que permita validarlo tanto desde los criterios diagnósticos como desde el diagnóstico diferencial para generar una mayor efectividad de la intervención psicoterapéutica, además que, cada uno de estos estudios realizados en el marco de la ansiedad infantil, dotan de un mayor bagaje y experticia en el ejercicio profesional del psicología.

Esta investigación tiene la finalidad de poder ofrecer alternativas de mejoramiento a una problemática de ansiedad por separación en este caso debido a la ausencia del padre durante un tiempo significativo después de tener 7 años viviendo los padres unidos, y de mitigar el apareamiento o transformación de la ansiedad a diagnósticos más complejos como lo es la ansiedad generalizada.

Por otra parte resalta la eficiencia de la aplicación de técnicas cognitivo conductuales para la mitigación de síntomas y la transformación de conductas en pro del mejoramiento de la paciente, obteniendo conductas más funcionales y una abolición gradual de los síntomas que dificultan el normal funcionamiento de la paciente con su entorno.

Esta investigación permite conocer técnicas cognitivo conductuales y su eficacia frente al tratamiento de la sintomatología asociada a la ansiedad por separación en menores de edad,

- Utilidad metodológica. ¿La investigación puede ayudar a crear un nuevo instrumento para recolectar o analizar datos?, ¿contribuye a la definición de un concepto, variable o relación entre variables?, ¿pueden lograrse con ella mejoras en la forma de experimentar con una o más variables?, ¿sugiere cómo estudiar más adecuadamente una población?

AREA PROBLEMICA

La ansiedad se define como un trastorno neurológico subjetivo que se surge como respuesta a situaciones continuas de estrés o como una reacción de alerta ante diversas situaciones que ponen al individuo en defensa, determinando así un temor constante y desagradable y que en condiciones patológicas le llevan a sentirse incapaz en situaciones cotidianas, convirtiéndose en una amenaza (Torres y Chávez, 2013). Por su parte, los trastornos de ansiedad (TA) en niños, son con frecuencia de difícil identificación ya que en ocasiones son expresiones exageradas o inadecuadas de lo que se consideran reacciones adaptativas al miedo o la ansiedad; son de inicio específico en la infancia y la adolescencia y algunos presentan expresión sindrómica semejante a los TA en adultos, incluyendo manifestación polimorfas, o desconcertantes (Ruiz y Lago, 2005).

Su prevalencia podría representar un problema de salud significativo en la población infante – juvenil, siendo variable entre diferentes países y estudios, en algunos de ellos se afirma que aproximadamente el 5% de los niños y adolescentes cumplen con los criterios para trastorno de ansiedad (Canino, Shrout, Rubio, et al, 2004; Rapee, Schniering & Hudson, 2009), siendo alta la prevalencia para fobias específicas y moderada para la ansiedad por separación, presentándose esta última en la primera a segunda infancia, es decir, alrededor de 7-8 años; se encuentra además entre los trastornos de aparición temprana (Rapee, 2016).

Ahora bien, los trastornos de ansiedad o afectivos se encuentran determinados por la etapa del desarrollo en la que aparecen y ambos tipos se solapan entre sí con frecuencia, siendo aún más difícil diferenciar entre el estado normal y el patológico debido a que cumplen funciones adaptativas, involucrándose en ellos condicionantes propios de la individualidad de cada sujeto (Ruiz y Lago, 2005). No obstante, es claro que la exacerbación del funcionamiento en las

estructuras que regulan la ansiedad va a interferir en el organismo como un todo, generando respuestas exageradas frente a estímulos que para otros individuos serían insignificantes, produciendo respuestas a nivel físico y comportamental que otrora corresponderían a amenazas graves (Becerra, Madalena, Estanislau, Rodríguez, et al, 2007).

En los casos de ansiedad infantil las discusiones suelen tratarla como espectro o algunas veces, al interior de trastornos relacionados lo cual no permite centrarse en ella como trastorno único debido a la fuerte superposición con otros trastornos como la depresión; se afirma que rara vez, los niños que padecen ansiedad clínica, cumplen criterios para un solo trastorno, es decir que entre el 80% y el 90% reúnen criterios para más de un trastorno mental, 75% para más de un trastorno de ansiedad, el 10% al 30% los cumplen para un trastorno de ánimo comórbido y el 25% también cumple con criterios de un trastorno de conducta comórbido (Rapee, 2016).

En Colombia, se afirma que la edad de inicio de los trastornos de ansiedad se encuentra entre los 7 y los 28 años, con un promedio a los 17 años y los trastornos, como el de ansiedad de separación en la infancia entre los 8 y 20 años, con un promedio a los 11 años (Posada, 2013), con una prevalencia del 1,8% para trastorno de ansiedad de separación, del 0.4 % para los trastornos de ansiedad generalizada y para el trastorno de ansiedad en general, del 2.0% para niñas y del 1.6% para niños en el rango de edad entre 7 y 11 años. Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud Mental (Gómez, 2015), refiere la necesidad de una evaluación formal por parte de un profesional de la salud mental en por lo menos un 44,7 % de la población infantil de 7 a 11 años.

Entre los factores de riesgo para desarrollar los trastornos de ansiedad se han encontrado la edad, el género, el estrato, funcionamiento familiar y los acontecimientos vitales estresantes tales como: la muerte de un familiar. (Angold, 1988; Ferreira et al., 2012 citados por Argumedos, Pérez

y Acosta, 2014). Ciertamente en el caso de los niños, se presentan diferentes miedos que forman parte de su desarrollo y no deben ser englobados dentro de un trastorno de ansiedad como tal, ya que esta es difusa e inespecífica, pero es frecuente encontrar preocupaciones irracionales que causan un impacto significativo en su funcionalidad (Black, Leonard & Rapoport, 1997 citados por Fernández, 2009).caballerocidad

Escenario

OBJETIVOS

Objetivo General

Describir la intervención cognitivo conductual en un trastorno por ansiedad por separación en un caso único por medio de la administración de técnicas y estrategias del enfoque, para comprobar la efectividad del abordaje terapéutico.

Objetivos Específico

Caracterizar la manifestación de la ansiedad por separación y trastornos asociados mediante la descripción de su etiología, intensidad y frecuencia en el estudio de caso con el propósito de facilitar abordaje terapéutico en problemáticas similares

Analizar la eficacia del tratamiento a partir de la remisión de los síntomas inicialmente referidos por la paciente.

HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

Identificación del Paciente

La paciente que para efectos de confidencialidad se llamará Lucía, tiene 9 años de edad, que se encuentra cursando 4° de básica primaria en un colegio Privado del municipio de Bucaramanga. Núcleo familiar compuesta por el padre, la madre y una hermana menor procedentes de Cartagena. En el domicilio familiar conviven en la actualidad los cuatro miembros de la familia.

Motivo de Consulta

Lucia asiste a consulta en compañía de su madre, quien refiere problemas en el sueño de la menor, los cuales alteran la dinámica familiar, ya que la niña se levanta, toma agua y mantiene la dificultad para volver a conciliar el sueño. Ante la problemática, la madre opto por dar una solución, acostándola junto a su hermana menor, a quien le atribuyó el rol de cuidador de Lucia al despertar y a lucia le asigna el papel de protector debido a que su nombre fue pensado y asociado a un ángel protector, siendo esta otro detonante de la actual sintomatología e intranquilidad generando el aumento en el insomnio, ya que la madre se irritaba y regañaba a Lucia por su comportamiento.

Descripción Sintomática

Dificultades para conciliar el sueño o para mantenerlo refiriendo una deficiente calidad del mismo.

Rumiaciones del pensamiento que generan angustia acompañada de llanto e ideas de incapacidad.

Dificultad para adaptarse al contexto escolar.

Dificultad para mejorar su círculo social y generar vínculos de calidad ya que la mayoría de sus amigos son los amigos de la hermana menor.

Comportamiento ansioso, intensidad de respuestas conductuales de organización y meticulosidad.

Preocupaciones constantes y temor recurrente al futuro y a las consecuencias.

Historia Personal

Sus padres han sido exigentes con su rendimiento y el cumplimiento de metas, demandándose a si misma altos niveles de rendimiento, los cuales al no ser alcanzados, han reforzado sus pensamientos e ideas de incapacidad e incrementado su ansiedad de no poder dar cuenta de los resultados esperados a sus padres.

En la dimensión social se evidencian deficiencias a lo largo de su desarrollo, no contando con un círculo propio de amigos, por lo cual sus amigos tanto en su comunidad como en su colegio, eran los amigos de su hermana menor.

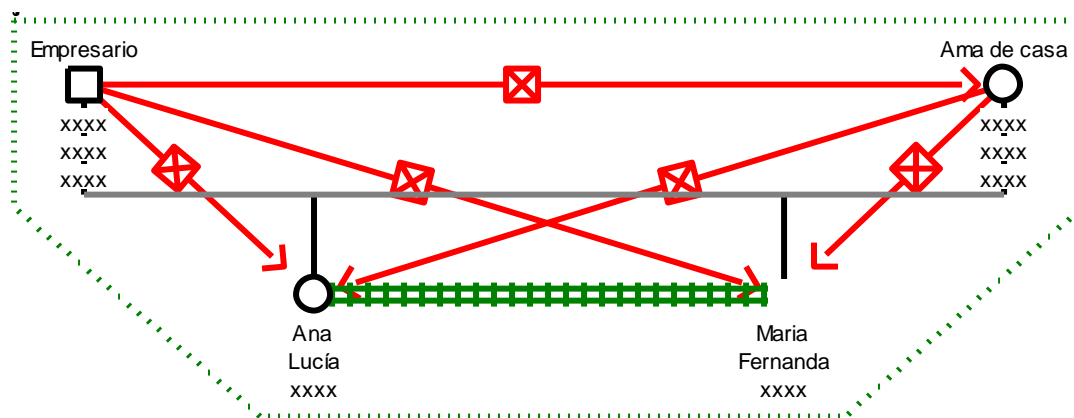
Siempre ha tenido dificultades en el colegio a nivel social, el cambio de institución provoco una situación de bullying con sus pares, ante el cual no evidencia desarrollo de estrategias de afrontamiento.

Historia Familiar

Los padres de Lucia han convivido a lo largo de su unión, con una interrupción significativa hace dos años atrás, la cual derivo de las circunstancias económicas, periodo en el cual la madre y

las menores no tuvieron noticias del padre. Pasado un año el padre regresa al mejorar su situación económica y de nuevo entra a formar parte de la convivencia y de la dinámica familiar, siendo la cabeza del hogar, el cual dirige de manera paralela a su negocio, de manera tal que la productividad y el rendimiento, han llegado a ser términos asociados a la forma en que debe presentarse la situación familiar.

Genograma



Proceso de Evaluación

Para la evaluación de Lucia, se implementaron dentro del proceso exploratorio del caso a través de 4 sesiones. Se realiza entrevista con la madre y la menor a partir de lo cual se opta por la aplicación de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS) verificación del manual diagnostico DSM-V y observación, Obteniendo como resultado el Diagnostico de Ansiedad por separación.

Conceptualización diagnóstica

Para la confirmación y verificación de las hipótesis sobre la existencia de la ansiedad debido a la presencia de síntomas asociados, se realiza la aplicación de la Escala de ansiedad para niños de Spence, con el abordaje de población infante de 8 a 12 años de edad midiendo a través de 45 reactivos donde se evalúan diagnósticos a través de la confirmación de síntomas utilizando el DSM IV R y donde se evalúan la presencia de diagnósticos tales como ataque de pánico, ansiedad por separación, fobia social, miedo al daño físico, trastorno obsesivo compulsivo y ansiedad generalizada.

Se evidenció una mayor puntuación en el factor de ansiedad por separación de la escala SCAS, particularmente en el ítem 5 “Me daría miedo estar sola en casa”, ítem 15 “Siento miedo si tengo que dormir sola”, e ítem 16 “Antes de ir a la escuela me siento nerviosa y con miedo”, los cuales son congruentes por lo referido por la madre y la menor durante la entrevista, relatando los temores de la niña al momento de dormir o en otras circunstancias que demandan la separación al parecer detonada hace 2 años cuando el papa y la mama toman distancia y donde el papa se ausenta por un año sin establecer comunicación con la paciente.

Por otra parte, se evidencia una tendencia a una futura aparición de un diagnostico asociado a una ansiedad generalizada resaltando las puntuaciones en preguntas tales como Ítem 1 “hay cosas que

me preocupan” ítem 3 “cuando tengo un problema siento raro en el estómago”, ítem 24 “cuando tengo un problema me siento nerviosa” pero donde las puntuaciones en la escala lo muestran como una clara tendencia a la futura presencia de este diagnóstico.

Obteniendo con este un diagnóstico inicial de trastorno de ansiedad por separación y donde cumpliendo este objetivo se buscara la abolición del mismo dentro de las sesiones terapéuticas.

Con el fin de fortalecer el diagnóstico se realiza una verificación de acuerdo a los criterios diagnósticos emitidos desde el DSM – V, encontrando el cumplimiento de los siguientes criterios en el caso clínico descritos en la tabla:

Criterio	Manifestaciones del caso
A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego	El malestar en la menor es recurrente al advertir la separación de sus figuras de apego. Presenta rechazo y miedo persistente a estar sola sin las figuras de apego, por lo cual incluso en el contexto escolar, comparte su tiempo junto a su hermana. Problemas de sueño latentes al dormir sola o separada.

	La paciente afirma “es que mi papa me quiere más a mí y mi mama a mi hermana” por lo que pudo afectar hace 2 años el haber quedado sola con la mama y donde al parecer no fue muy clara la situación para las hermanas.
B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas.	Los síntomas tienen una permanencia de aproximadamente un año y medio desde el abandono temporal del padre.
C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	El deterioro en las diversas dimensiones tanto social como académica se hace manifiesta a través del déficit de habilidades sociales y de interacción con sus pares, habiendo sido objeto de bullying y generando sentimientos de incapacidad en diversas áreas de funcionamiento.
D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental	No se evidencia rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro del autismo; delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos; rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia; preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros

significativos en el trastorno de ansiedad generalizada; o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

DESCRIPCION DETALLADA DE SESIONES

A continuación se realiza una descripción detallada de TRES (3) de las sesiones aleatorias realizadas con la menor:

SESION 1

Finalidad: Elaborar una “caja de los sueños” como herramienta para la reducción de la ansiedad nocturna.

Posterior a la valoración, se realiza consulta en compañía de la madre, quien refiere la presencia de alteraciones en el sueño, indicando que la menor se acuesta aproximadamente a las 11 o 12 de la noche y se levanta a las 5 am. Además de ello, indica la presencia de comportamientos groseros, y enojo con la madre cuando se dan castigos como consecuencia de esta conducta. El psicólogo realiza retroalimentación e inicia con la aplicación de la técnica denominada “la caja de los sueños”, explicando a la madre el proceso a seguir:

Psicólogo: Hoy tengo una actividad con ella programada y es trabajar una “caja del sueño”. En qué consiste?. Tengo una cajita de madera, y la idea es que comencemos a reemplazar esos malos hábitos que de pronto teníamos para dormir, para poder reforzar el horario del sueño y tratar de aumentarlo

Madre: Yo no quiero que se vaya a perder ese ritmo de sueño porque habíamos mejorado mucho.

Psicólogo: Precisamente lo que queremos es hacer que ese patrón de sueño quede, sin que se vuelva exagerado y después comience a afectar otras áreas, sino lo que normalmente ella debería descansar, es más, ella debería estar durmiendo desde las 10 de la noche, más horas.

¿Qué vamos a hacer?. Ella se va a llevar la caja para la casa, en donde la va a pintar y a decorar.

¿Qué va a haber dentro de la caja para que sepas y estés tranquila?. Dentro de la cajita vamos a utilizar...

Madre: (Interrumpe) Esa cajita no la puedo ver yo, ni abrir yo...

Psicólogo: Muy probablemente no. Es algo de ella, por eso yo te cuento para que estés tranquila. En la cajita van a haber pensamientos positivos, van a haber conductas positivas, y temores y preocupaciones que es lo vamos a trabajar hoy.

Dando continuidad a esta explicación, el psicólogo refiere a la madre que durante la sesión, la niña plasmara sus miedos y temores en la caja, los que paulatinamente desaparecerán, al llevar la caja y pintarla en casa de manera simbólica. Principalmente se trata con la técnica de eliminar el pensamiento de incapacidad de no poder comenzar de nuevo o de corregir sus errores.

Por otra parte se realiza psicoeducación en la manera como la madre responde a las conductas agresivas de la menor, haciéndole notar que la conducta de llanto y reproche, podría estar reforzando dichos comportamientos, por lo que más adelante se trabajará en la relación madre

e hija, debido a que se experimentan múltiples inconvenientes, donde la autoridad de la madre se ha visto comprometida ante la actitud del padre, quien con frecuencia recibe las quejas de la menor y al mismo tiempo discute con la madre frente a su hija, como si se tratara de dos niñas.

Posteriormente se retira la madre del consultorio y se inicia sesión con la menor, motivándola desde el inicio para desarrollar activamente la técnica con la “caja de sueños”, en donde el psicólogo presenta y explica el proceso. La niña escribe acerca de sus miedos al mismo tiempo que los verbaliza, refiriéndolos en el siguiente orden:

Miedo a su vida social y al rechazo de sus pares.

Miedo a no estar con nadie, indicando que se siente más segura si alguien está a su lado.

Miedo a equivocarse en sus decisiones.

Miedo a salir a vacaciones por no saber qué hacer en este tiempo.

Ante cada uno de los miedos referidos se realiza dialogo socrático con el fin de profundizar la manera en que son percibidos estos miedos, la manera en que procesa la información respecto a ello y sus respuestas conductuales. Se toma una fotografía a la caja y se comienzan a borrar cada uno de los miedos con el uso de un trozo de lija y a reemplazarlos con frases alternativas incompatibles con el miedo. Finalmente se solicita que escriba un mensaje personal para sí misma, resultando de este ejercicio el termino: “Confianza”.

Por último se asigna como tarea decorar la caja en casa y traer objetos importantes que quisiera meter en ella, así como también un aroma que le guste (seleccionando el perfume de la madre) para la próxima sesión.

SESION 2

Finalidad: Generar cambios en la higiene del sueño a partir del diseño de autoinstrucciones y horarios establecidos de manera voluntaria con la menor.

Se retoma la sesión anterior hablando acerca del reciente matrimonio de los padres de Lucia. Se realiza revisión del examen realizado, el cual evidenció que la niña tiene sueño fragmentado y presencia de apnea del sueño, reiterando la importancia de la higiene del sueño. La madre refiere que hay cambios positivos en los hábitos del sueño y que por esta razón la niña no desea continuar con la terapia. Alude la madre que espera cambios en la conducta social de la menor y la manera de interactuar con sus pares.

Se desarrolla la sesión atendiendo a las tareas restantes para completar la “caja de sueños”, en esta participa Lucia y su hermana estableciendo limites en las conductas previas a acostarse, reforzando aquellas que han modificado y se establece un horario de actividades, generando pautas disciplinarias a seguir con autonomía por parte de la menor. Se realiza entrenamiento en autoinstrucciones a partir de mensajes para antes de ir a dormir. Al finalizar la sesión se realiza retroalimentación de la sesión con la madre de Lucia.

Psicólogo: La idea es que entre 7:30 y 8 de la noche se realicen los rituales que ya habíamos establecido antes de irse a dormir.

Madre: Y ella que le dijo

Psicólogo: Que si

Madre: Y cómo hizo (Risas)

Psicólogo: Retomando, la idea es que pueda comer temprano y a las 7:30 comience a empijamarse, cepillarse los dientes, y a continuación lea la frase que ella misma hizo, Se trata de que saque su horario y lo que usted debe hacer es recordarle; te recomiendo que de lunes a viernes se siga la misma rutina, exceptuando el día sábado, pero el día Domingo retome la rutina.

Madre: Ella ha tenido cambios en el sueño, lo que quisiera es que ahora tuviera una amiguita, porque por lo menos el comportamiento en la casa ha mejorado.

Psicólogo: Entonces hay que dedicarnos a trabajar la parte social en ella.

Finalmente la madre refiere la próxima operación de las amígdalas, lo cual podría estar incidiendo en la presencia de apnea y consecuentemente en la interrupción del sueño.

SESION 3

Finalidad: Exponer a la menor a situaciones reales e imaginarias que potencialmente le producen ansiedad, a través del dialogo socrático y la administración de refuerzo.

Al inicio de la sesión, la madre refiere los cambios esperados en los horarios del sueño de la niña, Se da inicio al trabajo sobre las habilidades sociales de la menor, en dialogo acerca de los amigos, la manera de interactuar con ellos, y la forma en que percibe a cada uno de ellos dentro de su contexto. La menor hace referencia a amigos de su vecindario y del colegio, y por qué los define como amigos, relatando algunas de las experiencias con ellos; no obstante en el diálogo, se perciben inconsistencias respecto a lo referido por la madre, ya que la menor alude al hecho de

tener amigos y buenas relaciones con los mismos, por lo tanto se plantea una situación hipotética de un tercero (niña) con dificultades para establecer amistad con otros niños, y se solicita a Lucia que indique qué le aconsejaría a esta niña, a lo cual responde:

Lucia: Solamente trata de ser más extrovertida y amable. También podrías hacer algo para llamar la atención, ser algo graciosa y organizada.

Psicólogo: ¿Cómo podría ser graciosa?

Lucia: Por ejemplo con chistes, hacer bromas, ver videos, acercarse a personas que consideres buenas, aumentar tus talentos y llamar la atención.

Psicólogo: Que le recomiendas para aumentar sus talentos

Lucia: Pues en algo que se destaque...no sé...tienes una foto de ella o algo así?

Psicólogo: ¿Tú te consideras una persona que hace muchos amigos?

Lucia: Si

Psicólogo: Tu tarea de esta semana entonces va a ser, que me hagas un dibujo con todos los amigos que tengas

Lucia: Van a ser muchos entonces...puedo hacerlo en cartón paja?

Psicólogo: Claro, en lo que quieras hacerlo.

La madre al ingresar al consultorio, concluye que finalmente el problema de sueño de la menor dependía de los malos hábitos, y está en espera de la revisión neurológica. Posteriormente

hace referencia a una conversación que tuvo con la docente con base en un relato de una compañera de Lucia, quien le contó a la madre que Lucia está sufriendo de diferentes ataques por parte de otras compañeras del salón. De acuerdo a la docente la problemática se encontraría en el comportamiento y actitud de Lucia, quien no es asertiva al momento de comunicarse y puede incomodar a las demás al decir las cosas tal y como las pensaba, motivos con los cuales no está de acuerdo la madre.

Se llegó a concluir, que los amigos referidos por Lucia pertenecían a su anterior colegio y no a su colegio actual.

El presente cuadro resume algunos de los aspectos más importantes en el desarrollo de las sesiones anteriormente descritas:

Número de sesión	Objetivo de la sesión	Metodología utilizada	Resumen de la intervención
1	Reducir los síntomas físicos de la ansiedad a través de técnica de relajación	<ul style="list-style-type: none"> Utilizando la terapia de relajación progresiva del médico estadounidense (Jacobson 1920) donde argumenta que la tensión muscular acompaña a los síntomas de ansiedad y por tal motivo es importante aprender a relajar los músculos del cuerpo. Esta terapia consta de 3 fases en las que se implementa: 	<p>Dentro de esta sesión terapéutica se realiza una psicoeducación con la paciente y la acudiente, referente a la importancia en la implementación de la técnica con la finalidad de poder disminuir los síntomas de ansiedad presentes.</p> <p>Dentro del seguimiento hecho hacia la paciente se observó la utilización de esta técnica al menos 1 vez al día en ocasiones sugerido por la mama, al evidenciar la presencia de los síntomas y donde se obtiene a lo largo del</p>

le pide al paciente tiempo la implementación tensionar grupos de la técnica como musculares y herramienta de soltarlo suavemente disminución de ansiedad. después de unos segundos.

Fase 2: una vez se finaliza con todos los grupos musculares se implementa la verificación de la tensión en los grupos musculares con la finalidad de evidenciar cambios en la tonalidad muscular.

Fase 3: evidenciando previamente el cambio frente a la tensión muscular se inicia una fase de concentración en las

			sensaciones corporales y el poner la mente en blanco.	
2	Reducir los síntomas físicos de la ansiedad a través de técnica de respiración	<ul style="list-style-type: none"> • “Al conseguir una respiración diafragmática y un ritmo respiratorio lento se reduce la activación fisiológica y psicológica, suscitándose una sensación generalizada de tranquilidad y bienestar (Speads, 1988)” 	Con el fin de generar una mayor efectividad en el control de los síntomas asociados a la ansiedad se implementó el uso de la técnica respiración diafragmática. Dentro de los registros en la aplicación de la técnica, se observa la aplicación de al menos tres veces por día donde persiste la utilización antes de dormir o al intentar mantener el sueño.	
3	Detectar las ideas irracionales presentes al momento de dormir	<ul style="list-style-type: none"> • “El papel de las creencias en el desarrollo de los trastornos emocionales, 	Dentro de las sesiones se detecta como pensamiento antes de dormir el “que mi nombre, mi mama me dice que soy como un angelito	

		defendiendo protector y tengo que
		activamente que el cuidar a mi hermana” “me
		cambio de creencias da miedo equivocarme y
		irracionales puede más en mi salón” “yo solo
		conducir a un cambio debo dormir con mi
		emocional y hermana para cuidarla,
		conductual” (Albert ella es más chiquita que
		Ellis 1961) yo” “por mi culpa mi
		mama no pudo estudiar y
		hacer sus cosas porque
		ella ahora solo nos cuida”

4	Explicar a los padres sobre la técnica de mejoramiento en las ideas irracionales presentes en la paciente antes de dormir.	<ul style="list-style-type: none"> La psicoeducación es utilizada para informar o educar a las personas con síntomas o trastornos psicológicos sobre sus tratamientos, técnicas, diagnósticos o tratamiento. 	Con la finalidad de dar a conocer la utilización de la técnica “La cajita mágica” para la modificación de los pensamientos irracionales, se dedica una sesión terapéutica de psicoeducación a los padres.
---	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> • “Proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo.” Bulacio J.M. (2006)
5	<p>Reestructuración cognitiva de las ideas irracionales utilizando la técnica de juego “la cajita mágica”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Según Ellis (1962) y Beck (1979) La reestructuración cognitiva se centra en la identificación y cambios de la cognición (creencias irracionales y pensamientos distorsionados) que mantienen el <p>La creación de “La cajita mágica” está enfocada en mejorar la conducta y la cognición de dormir. Para esta sesión se acompaña la técnica de “La cajita mágica” con la reestructuración cognitiva donde la paciente en una caja de madera y con un lápiz comienza a escribir</p>

		<p>problema; el modelo uno por uno los de reestructuración pensamientos irracionales cognitiva se centra en que generan ansiedad y el significado, analiza que impiden el la realidad del cumplimiento de conciliar pensamiento y se le y mantener el sueño.</p> <p>enseña al paciente a Una vez escritos los pensar de manera pensamientos se inicia el correcta, atacando proceso de reestructuración los errores o de pensamiento de cada distorsiones que uno de ellos borrando y puedan estar lijando suavemente la caja produciéndose en el de madera y se rempazan procesamiento de la por otro pensamiento que información. genere mayor probabilidades de dormir y de disminuir ansiedad en la paciente.</p>
6	<p>Explorar los cambios propiciados por la reestructuración cognitiva frente a</p>	<p>Dentro de la sesión se evidencia la persistencia de los pensamientos de cuidado hacia su hermana menor, debido a la</p>

	las ideas irracionales a través del uso de la primera parte de la técnica “La cajita mágica”		atribución del significado propuesto y mencionado por la acudiente y la paciente, ya que el nombre fue extraído de un ángel protector y donde la atribución de la acudiente ha generado que ese rol tome mas fuerza.
7	Modificar la responsabilidad de cuidado de la hermana menor con técnicas cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> Bajo la técnica de reestructuración cognitiva se trabaja la identificación y utilización de todas aquellas estrategias cognitivas que se consideran adecuadas para un afrontamiento efectivo y la modificación del pensamiento disfuncional. 	Dentro de la sesión se enfatiza en el mejoramiento de la idea de “ángel protector” de la hermana menor y en general de la familia lo que impide el mantener un sueño constante por el temor de algo pase si se encuentra dormida; para asumir el papel de hermana mayor como orientadora de las conductas ya aprendidas

		<ul style="list-style-type: none"> Se utiliza el dialogo por la paciente y que socrático entre pueden contribuir a paciente y terapeuta generar mejores para sustituir protocolos conductuales pensamientos por parte de la hermana disfuncionales por menor. otros alternativos que podrían ser más adaptativos
8	<p>Modificar el sentido de responsabilidad impuesto por los padres, frente al cuidado y la protección de la hermana menor</p>	<ul style="list-style-type: none"> Modificar la atribución por parte de la acudiente frente a la figura de ángel proyector Modificar el concepto atribucional por parte acudiente sobre las responsabilidades de la paciente frente al cuidado de la hermana menor y remplazar el concepto por el de “hermana mayor” ofreciéndole a la paciente la posibilidad de equivocarse y aprender a ensayo y error de sus conductas, facilitando el poder realimentar a su

			hermana sobre dichos aprendizajes.
			Disminuyendo la ansiedad generada por el temor a cometer errores y a la seguridad de la hermana.
8	Mejoramiento del protocolo conductual frente al dormir	<ul style="list-style-type: none"> A través de la técnica de control de estímulos, se utiliza para mejorar las dificultades del sueño que sueles presentar en el trastorno de ansiedad, donde consiste en reducir los estímulos que interfieren con el sueño e incrementar los que lo inducen o realizar actividades estimulantes 	<p>Utilizando la técnica de control de estímulos se implementan dentro del repertorio conductual:</p> <p>El acostarse a dormir a las 9 pm para poder despertarse para el colegio a las 5 am</p> <p>Iniciar a implementar el dormir en camas separadas</p> <p>Realizar las actividades del colegio con tiempo</p> <p>Revisar “La cajita mágica” con el fin de reforzar pensamientos que generan tranquilidad</p>

	Díaz y Arabella Villalobos (2012)	Aplicación de técnicas de aromaterapia, respiración y relajación para inducir el sueño
--	-----------------------------------	--

9	Mejoramiento de la higiene del sueño	<p>“Los expertos recomiendan las siguientes para ayudarlo a dormir, permanecer dormido y despertarse sintiéndose renovado y listo para empezar un nuevo día.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaya a la cama a la misma hora todas las noches y levántese a la misma hora cada mañana. • Tarde en la tarde y la noche, evite consumir alimentos altos en azúcares. 	<p>Dando continuidad a la técnica “La cajita mágica” se implementara la segunda parte de esta técnica centrando aspectos cognitivos y conductuales para la contribución del mejoramiento de la higiene del sueño.</p> <p>Se divide en tres fases la primera el abordaje de las cogniciones que ayudaran a la paciente a disminuir los síntomas y la evocación terapias previas.</p>
---	--------------------------------------	--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Levántese con el sol, o use luces muy brillantes en la mañana. La luz solar ayuda a reajustar el reloj biológico interno cada día. 	<p>La segunda fase orientados a la evocación de las conductas funcionales como el dormir a las 9 pm, utilizar técnicas de respiración o relajación, mantener la habitación como un dormitorio quieto y oscuro y a una temperatura confortable. Asegúrese de que tiene un buen colchón y almohada.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Mantenga el dormitorio quieto y oscuro y a una temperatura confortable. Asegúrese de que tiene un buen colchón y almohada. 	<p>espacio cómodo, no consumir líquidos, azúcares o comidas muy pesadas antes de dormir, adecuar los espacios en pro de mejorar el sueño y psicoeducar a la acudiente sobre la importancia de dormir en su propia cama y habitación.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Trate de ejercitarse durante 20 a 30 minutos cada día pero no justo antes de la hora de dormir. 	<p>Tercera fase de integración de los conocimientos técnicas y protocolos adquiridos por la paciente y a través del</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrolle una rutina de relajación antes de ir a la cama. 	

- No vaya a la cama sintiéndose hambriento, pero coma una comida grande, pesada justo antes de la hora de dormir. No vaya a la cama modelado de “imitación general” Spiegler y Gueuman (2010), donde se enfatiza en la utilización del conocimiento frente a las circunstancias que se

- No se quede en la cama despierto. Si usted no logra dormirse en 30 minutos, vaya a otro cuarto y haga algo relajante hasta que se sienta cansado.

- No tenga un reloj visible en el dormitorio porque “mirar el reloj” solamente intensificará la miseria del insomnio.

- No transforme su tiempo en

la cama en el tiempo de
resolver sus problemas

- Piense acerca
de su política de siestas.
Las siestas pueden ser
geniales para ayudar a
algunas personas a
mejorar sus
rendimientos. Pero para
otros, sestar es una
invitación a una noche
de insomnio. Determine
a que categoría
pertenece usted. No
duerma siestas durante
el día si tiene problemas
para dormir en la noche.
Si debe hacerlo, tome
una siesta corta de 10 a
15 minutos unas 8 horas
después de despertarse.

- Trate de no
beber fluidos al menos

dos horas antes del momento de ir a la cama porque una vejiga llena puede interferir con el sueño.

- Si necesita levantarse durante la noche, no se exponga a luces brillantes. La luz intensa puede reajustar su reloj interno y hacer más difícil el volver a dormirse.

- Evite dormir con su mascota porque su movimiento o sus alergias pueden disminuir la calidad de su sueño.

“Higiene del sueño” originalmente hacía referencia a la limpieza del ambiente para dormir.” U.S.

government's National
Heart, Lung and Blood
Institute (FEBRUARY 20,
2017)

•

10	Entrenamiento de la acudiente en la observación de conductas del sueño	“La observación conductual es un método frecuentemente requerido en algún momento de la intervención y su objetivo está dirigido a obtener información más detallada acerca de las conductas problema identificadas. En ciertos casos puede convertirse en el método fundamental de evaluación al ser imposible o difícil la implantación de otros métodos (e.g. abordaje de pensamientos discapacitados, personas	Dentro de la sesión terapéutica se realiza un proceso de entrenamiento y psicoeducación a la acudiente (la mama) con el fin de monitorear el cumplimiento de las metas establecidas y los protocolos conductuales para el mejoramiento en la higiene del sueño, resaltando los patrones conductuales establecidos en sesiones anteriores y el
----	--	--	---

resistentes al tratamiento, frente a la disminución de niños muy pequeños, etc.). la ansiedad.

Las estrategias de observación más frecuentes son los registros narrativos, el registro por intervalos, el registro de sucesos, y los registros de evaluación auto o heteroinformados”

Haynes y O’Brien, (2000)

11	<p>Evaluación de los protocolos conductuales y los síntomas de ansiedad antes y durante el sueño.</p> <p>Debido a la información suministrada por la acudiente frente a la aplicación de observación conductual como herramienta de obtención de información se puede concluir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La paciente modifica su horario de sueño iniciando a las 9 pm y terminando entre semana a las 5 am con un promedio de 8 horas. 2. Se evidencia la implementación de técnicas como respiración y relajación para inducir la etapa de sueño.
----	--

-
3. La acudiente manifiesta la modificación de la habitación en pro de tener su propio espacio para dormir, facilitando escoger su propia cama, almohadas y decoración que contribuyen al mejoramiento en la sensación de seguridad y tranquilidad.
 4. El mejoramiento notable en los hábitos alimenticios enfatizado en la disminución del consumo de líquidos horas antes de dormir y azúcares que puedan activar la paciente dificultando la conciliación del sueño.
 5. La utilización de “la cajita mágica” como herramienta de control de pensamientos irracionales.
-

12	Mejoramiento de las habilidades sociales	<ul style="list-style-type: none"> • “las habilidades sociales que se trabajan en el Entrenamiento en Habilidades Sociales es distinguir entre habilidades conductuales y habilidades cognitivas y fisiológicas. Es por esto que se • un entrenamiento considera importante el efectivo requiere el poder adecuar este trabajo en protocolo con el objetivo entrenamiento en de mejorar la interacción habilidades con los pares para propiamente dicho, disminuir la dependencia reducción de la a la hermana como puente ansiedad de conexión social con reestructuración niños de menor edad. cognitiva y Es por esto que se destinan entrenamiento en varias sesiones para el solución de mejoramiento de esta 	<p>En la paciente se había evidenciado que el desempeño social siempre estuvo ligado al círculo social de la hermana menor, al parecer como consecuencia del rol protector que se había asumido por parte de la paciente.</p> <p>Es por esto que se considera importante el poder adecuar este protocolo con el objetivo de mejorar la interacción con los pares para disminuir la dependencia a la hermana como puente de conexión social con niños de menor edad.</p> <p>Es por esto que se destinan varias sesiones para el mejoramiento de esta</p>
----	--	---	---

		<p>problemas.” Caballo situación ya que</p> <p>(1977) previamente se ha trabajado la disminución de los síntomas ansiosos y el cambio de rol de protector a hermana mayor.</p> <p>Dentro de la sesión se utilizaron diferentes técnicas para el mejoramiento de las habilidades sociales como lo fue el juego de roles, la psicoeducación y el modelamiento lo que facilita el entendimiento de las instrucciones y garantiza el mejoramiento y la aplicación de los protocolos conductuales.</p>
13	Mejoramiento del vínculo de	<ul style="list-style-type: none"> • verificación del cambio en la cognición frente al rol de ángel

	juego con la	protector a hermana mayor con el
	hermana menor y	fin abolir la ansiedad presente
	verificación de	frente a la responsabilidad de
	nuevo rol como	cuidado y asumir un rol protector
	hermana mayor.	pero con una responsabilidad
		diferente lo que facilitaría que la
		paciente pueda generar espacios de
		esparcimiento y dedicar mayor
		tiempo a su desarrollo personal.

14	Implementar las	• “Disponer un apoyo	Una vez trabajado las
	estrategias de	social adecuado es	habilidades sociales y
	afrontamiento	imprescindible para	mejorar los roles con la
	para el	poder afrontar las	hermana, la paciente
	mejoramiento de	circunstancias	inicia un proceso de
	su círculo social	adversas de la vida.	afrontamiento dentro de
	con personas de	Para conseguirlo	los entornos sociales de su
	su edad.	puede ser necesario	edad facilitando el
		llevar a cabo un	proceso de adaptación y
		entrenamiento en	garantizando el
		habilidades sociales	mejoramiento de sus
		que facilite la	círculos sociales.
		comunicación,	y

ayude a la persona a
aprender a hacer
explícitas sus
necesidades y a
realizar estimaciones
adecuadas sobre las
ayudas que le pueden
ofrecer las personas
que le rodean. Si su
ambiente no le puede
cubrir sus
necesidades, ha de
aprender a buscar
dónde y qué tipo de
personas pueden
proporcionarle lo que
no consiga en su
medio, evitando con
ello el aislamiento y
promoviéndose,
mediante su acción y
la ayuda necesaria,
mejores estrategias

de afrontamiento.”

Meichenbaum y

Cameron (1987)

•

15	Desarrollar mayor autonomía en la toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> • “la terapia cognitiva Una vez implementadas no solo se centra en las sesiones anteriores se las distorsiones buscó que la paciente cognitivas del generara oportunidades cliente, también en que pudieran garantizar los problemas un éxito mayor frente al externos mejoramiento de su relacionados con su círculo social, se trabajó malestar; el terapeuta en sesión sobre la colabora con el autonomía y la iniciativa paciente para que podía tener la paciente conseguir la para el mejoramiento de modificación de sus su entorno social. <p>patrones cognitivos disfuncionales, extendiéndose en colaboración a la toma de decisiones y la búsqueda de</p>
----	--	--

			solución a demandas
			y problemas
			ambientales” Beck,
			Rush, Shaw y Emery
			(1979)

16	Entrenamiento	•	“Entrenamiento en	Con el uso de la técnica
	en solución de		solución de	“abanico de
	problemas		problemas se refiere	posibilidades” se realiza
			al entrenamiento para	un entrenamiento con la
			percibir	paciente sobre la toma de
			correctamente los	decisiones, la aceptación
			parámetros de las y	y análisis de
			situaciones	consecuencia menos
			relevantes a procesar	perjudicial.
			los valores de esos	La finalidad de la sesión
			parámetros para	es darle herramientas de
			generar respuestas	solución a la paciente
			potenciales y	frente a los posibles
			seleccionar una	problemas que se puedan
			respuesta y enviarla	presentar en el
			de manera que	mejoramiento de los
			consiga el objetivo	círculos sociales y frente a
			deseado en la	las situaciones vividas con

		comunicación interpersonal.”	la hermana menor
		Caballo (1997)	garantizando la abolición algunos posibles detonantes de ansiedad.
17	Evaluación de la toma de decisiones, habilidades sociales y solución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> El objetivo de la estrategia de afrontamiento es analizar cómo se enfrenta la gente ante elementos estresantes determinados por preocupaciones, estresores cotidianos o sucesos vitales estresantes (Stanton y Dunkel-Schetter, 1991). “Aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se 	<p>Con el fin de verificar la implementación de esta segunda etapa de intervención, fue destinada la exploración y evaluación de las situaciones presentes en la paciente frente al mejoramiento del círculo social y al rol con la hermana menor encontrando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La disminución frente a la ansiedad disminuyo considerablemente al erradicar la cognición de

desarrollan	para	responsabilidad
manejar	las	como “ángel
demandas		protector” y
específicas externas		asumir un papel
y/ o internas que son		más orientador al
evaluadas como		ser catalogado
excedentes o		como “hermana
desbordantes de los		mayor”
recursos del	2. El	aumento
individuo” (Lazarus		considerable de su
y Folkman, 1986,		círculo social con
pág. 164).		compañeros de su
		edad dentro y
		fuera del colegio y
		el ingreso al grupo
		de porrismo de la
		institución
		educativa dan
		muestra de la
		implementación
		de estas
		conductas.

		<p>3. La generación de espacios de esparcimiento en compañía de la hermana menor y bajo el cuidado de la mamá y el mejoramiento del rol ya que la acudiente asume ese papel protector.</p>
18	<p>Evaluación de las actividades realizadas junto con los padres y recomendaciones y del manejo de la ansiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza una sesión de psicoeducación con la mamá, donde se implementa una realimentación de lo trabajado en sesión resaltando como recomendación principal el poder mantener los patrones conductuales del sueño y el generar exigencia sin llegar a exacerbar síntomas ansiosos.

		<ul style="list-style-type: none"> • Se resalta el buen desempeño a nivel académico lo que facilitó el entendimiento y abordaje terapéutico • Genera espacios de esparcimiento familiar que garantice una interacción adecuada en la dinámica entre hermanas. • La utilización de “la cajita mágica” y terapias de respiración y relajación como técnicas de control de ansiedad.
19	Sesión final	<ul style="list-style-type: none"> • se ofrecen recomendaciones a la paciente sobre las técnicas utilizadas y la implementación según crea pertinente la paciente o la acudiente lo que garantizara un estado óptimo sin presencia de ansiedad. • Se resalta el buen desempeño frente al proceso terapéutico y la colaboración ofrecida para la interiorización de las técnicas.

Nota: Cada una de las sesiones inicia y cierra con la conversación con la madre, retroalimentando los progresos, psicoeducando para fortalecer el trabajo en casa,

resolviendo inquietudes y explicando el desarrollo de la sesión con miras a mejorar la reducción de los síntomas ansiosos desde su participación activa.

MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

A continuación se realiza un recorrido conceptual que permite fundamentar el análisis del presente estudio, iniciando con generalidades de la ansiedad desde la perspectiva psicológica, seguida del trastorno de ansiedad y profundizando en el Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS) como eje del cuadro diagnóstico del caso.

Ansiedad

Son múltiples las definiciones que en la literatura se han referido en torno a la ansiedad, no obstante, en ella se encuentran elementos que concuerdan tales como la existencia de una respuesta emocional compleja y potencialmente adaptativa, fenomenológicamente pluridimensional en las cuales coexiste una percepción de amenaza al organismo. Así, para Ruiloba (1980 citado por Moyano, 2013) en su introducción a la psicopatología manifiesta, indica textualmente “La ansiedad y la angustia son emociones experimentadas por todas las personas que acompañan al ser humano a lo largo de su existencia” (p.12),

Para González, (2007) la ansiedad puede ser definida como una emoción displacentera que implica presentimiento, entonces mientras el miedo se encuentra dirigido a un objeto determinado, la angustia es indeterminada y carente de objeto, de aquí la dificultad de establecer una diferenciación entre ambos conceptos , señalando posiblemente algunos matices, como el hecho que la angustia tiene un carácter más inmovilizante y sobrecogedor y la ansiedad es más psíquica, con experimentación de inquietud y sobresalto (García, 2006); esta última, tiene la función de movilizar las operaciones defensivas del organismo como instrumento de supervivencia, pero al adquirir connotaciones patológicas y desproporcionadas con la situación, se vivencia corporalmente al punto de llegar a comprometer la funcionalidad del individuo.

Otra diferencia al momento de distinguir el miedo y la ansiedad, es que en el primero las respuestas comportamentales varían de acuerdo al estímulo amenazador, mientras en la ansiedad se describe lo que se reconoce como “evaluación del riesgo”, estado de alerta tenso, inhibición comportamental e incluso, evitación de la situación (Becerra, Madalena, Estanislau, Rodríguez, Días, Bassi, Chagas y Morato, 2007). Desde luego, en su desarrollo median una serie de factores que forman parte de su etiología y mantenimiento, encontrando entre ellos factores genéticos, psicológicos y sociales.

En el aspecto biológico es importante señalar que la ansiedad se puede generar como resultado de pequeñas aportaciones de genes de diversas áreas de los cromosomas que los hace vulnerables a la ansiedad; las teorías biológicas hacen hincapié en que las estructuras de la amígdala son responsables de la conducta de inhibición, del aumento de la vigilancia y la hiperactividad frente a estímulos que activan la sintomatología ansiosa implicando en ello los neurotransmisores de diversos sistemas (Ruiloba, 1980 citado por Moyano, 2013).

A nivel psicológico se habla de factores precipitantes que pueden estar asociados a la ansiedad de diferentes maneras, tales como traumas, conflictos emocionales intensos y recurrentes, situaciones con alta carga tensional, conflictos laborales y enfermedades crónicas entre otros, evidenciándose la ansiedad como una respuesta a estos estresores ambientales, mentales y comportamentales (Moyano, 2013). Este mismo autor indica que, dentro de los factores sociales, se debe mencionar que estos juegan un papel fundamental ya que pueden llegar a generar limitaciones a nivel cognitivo y físico que paulatinamente agravan su situación y le van a dificultar integrarse a la sociedad.

En este orden de ideas se debe referir el conjunto de manifestaciones sintomatológicas que pueden tener lugar en la ansiedad, considerando que no todas las personas presentan los mismo síntomas, ni aun con la misma intensidad ya que ello se encuentra relacionado como se mencionaba anteriormente con su predisposición biológica y/o psicológica, haciéndolos más o menos vulnerables a unos u otros síntomas.

Tabla 1.

Manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad

Físicas	Psicológicas	Conductuales
Taquicardia Opresión en el pecho	Inquietud Agobio	Estado de alerta e hipervigilancia
Falta de aire Temblores, Sudoración	Sensación de amenaza o peligro	Bloqueos, torpeza o dificultad para actuar
Náuseas y vómitos	Ganas de huir o atacar	Impulsividad, inquietud
Alteraciones de la alimentación	Inseguridad	motora.
Tensión y rigidez muscular	Sensación de vacío, de extrañeza o despersonalización	Cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal
Cansancio	Temor a perder el control,	
Hormigueo	Recelos, incertidumbre	
Mareo e inestabilidad.	Dificultad para tomar	
Alteraciones del sueño y la respuesta sexual.	decisiones En casos más extremos, el suicidio.	

Cognitivas	Sociales
Dificultades de atención, concentración y memoria	Irritabilidad Ensimismamiento
Aumento de los descuidos	Dificultades para iniciar o
Preocupación excesiva Expectativas negativas Pensamientos	seguir una conversación
distorsionados e importunos	Verborrea
Incremento de las dudas	Quedarse en blanco a la hora de
Sensación de confusión, Tendencia a recordar sobre todo	preguntar o responder
cosas desagradables	Dificultades para expresar las
Abuso de la prevención	propias opiniones
Interpretaciones inadecuadas Susceptibilidad.	Temor excesivo a posibles
	conflictos.

Fuente. González, 2007.

La ansiedad encierra un conjunto de manifestaciones que afectan el estado anímico del individuo, generando problemáticas en cuatro áreas específicas, a saber: El control psicológico, en donde se hace presente la inquietud interna, el miedo a perder el control de las situaciones, pensamientos distorsionados y temor a aspectos como la muerte, la locura y el suicidio; el control de la conducta, debido a que el sujeto se encuentra en constante estado de alerta e hipervigilancia dificultando su reacción efectiva ante el peligro. La tercera área hace referencia al compromiso cognitivo, ya que el procesamiento de la información se encuentra invadido por pensamientos preocupantes, negativos o ilógicos; y, el control asertivo, desarrollando hostilidades frente al ambiente social (Torres y Chávez, 2013).

Trastorno de Ansiedad

El abordaje de los trastornos de ansiedad requiere la realización del diagnóstico diferencial con otros trastornos psiquiátricos, asociados al uso de sustancias y/o enfermedades orgánicas, en los cuales se puede advertir ansiedad clínicamente significativa secundaria a la enfermedad de base, generando modificaciones en la intervención como la evolución (Téllez, López, Moix, Villena, Parraga y Morena, 2007).

En la quinta edición de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) (American Psychiatric Association, 2013) los Trastornos de ansiedad reciben una clasificación diagnóstica basada en criterios etiológicos y patofisiológicos. Así por ejemplo, se incluye dentro de estos, trastornos que anteriormente se encontraban en la sección de “Trastornos con inicio habitual en la infancia, la niñez o la adolescencia”, como lo son el trastorno de ansiedad por separación y el mutismo selectivo; además de ello, se incluyen tres tipos de escalas/inventarios de cuantificación, uno de los cuales hace referencia a una medida global de discapacidad, no específica para los Trastornos de Ansiedad, de aplicación general a cualquier persona en sospecha de algún tipo de afectación funcional por la razón que sea, que valora el funcionamiento del paciente en diferentes áreas de su vida.

Es importante hacer referencia a algunas de las modificaciones generales que el DSM – V expone en torno a los trastorno de ansiedad (Rapee, 2016, p. 6):

Se retira el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y el trastorno de estrés agudo, se incluyen dentro del grupo de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.

No se incluye al TOC, el cual tiene un capítulo propio: “trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados”.

Cambios en los criterios para la fobia específica y trastorno de ansiedad social (antes fobia social)

Incluyen la supresión de la exigencia para las personas mayores de 18 años de reconocer que su ansiedad es excesiva o irrazonable. En su lugar, la ansiedad debe ser fuera de proporción con el peligro real o amenaza de la situación.

La duración de 6 meses se extiende ahora a todas las edades.

Los ataques de pánico ahora se pueden enumerar como un especificador que es aplicable a todos los trastornos en DSM-5.

La ansiedad por separación y el mutismo selectivo (anteriormente dentro del grupo de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o adolescencia), se incluyen dentro del grupo de los trastornos de ansiedad.

Desorden de pánico y la agorafobia no están ligados en el DSM-5.

Los diagnósticos de trastorno de pánico con agorafobia, trastorno de pánico sin agorafobia y agorafobia sin historia de trastorno de pánico en DSMIV se sustituyen en DSM-5 por dos diagnósticos: trastorno de pánico y agorafobia, cada uno con criterios diagnósticos diferentes.

La redacción de los criterios se modifica para representar de manera más adecuada la expresión de los síntomas de ansiedad de separación en la edad adulta.

Trastornos de Ansiedad en la Infancia y Adolescencia

Por su parte, los trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia siguen una evaluación natural, que, de no recibir tratamiento oportuno, puede derivar en complicaciones en

las diferentes esferas de su desarrollo y en su funcionamiento en los diferentes contextos en los que se desenvuelve, incidiendo además negativamente en el desarrollo del concepto de sí mismo, su autoestima, el funcionamiento interpersonal y la adaptación social. El marco de trastornos de ansiedad infantojuvenil incluyen trastornos de inicio específico en estas etapas de la vida, por ejemplo el trastorno de separación y otros con expresión sindrómica semejante a los trastornos de ansiedad en el adulto como es el caso del trastorno de pánico (Begoña, 2005).

Tabla 2

Temores del desarrollo y los trastornos de ansiedad en el niño y en el adolescente, de acuerdo al momento evolutivo.

	Miedos y temores propios de la etapa evolutiva	Trastornos de ansiedad prototípicos
Infantes (hasta 5 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Estímulos discrepantes • Ansiedad ante el extraño • Ansiedad de separación • Otros (oscuridad, seres extraños...) 	Ansiedad generalizada
Niños (5-12 años)	Acontecimientos misteriosos <ul style="list-style-type: none"> • Daños corporales • Adecuación (rechazo parental) y rendimientos 	Ansiedad de separación <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de ansiedad generalizada • Fobias específicas

	• Relación con iguales	
Adolescentes	Adecuación social	Fobia social
	• Hipocondriasis	• Trastornos propios del
	• Miedo a la muerte	adulto

Fuente. *Begoña, 2005.*

Retomando las diversas manifestaciones en torno a los trastornos de ansiedad, cabe recalcar que es la evitación una de las principales, la cual está acompañada de componentes afectivos de temor, angustia o timidez y se hace evidente en situaciones específicas, lugares o estímulos, pero también presente en formas más sutiles como la indecisión, la incertidumbre, el retraimiento o actividades ritualizadas, donde la diferencia central entre los diferentes tipos de estos, se encuentra en el detonante de la misma. Su verbalización es particularmente difícil en estos grupos etarios, principalmente en los individuos más jóvenes (Rapee, 2016).

Aunado a ello, todos los trastornos de ansiedad están acompañados de una anticipación de la amenaza, la cual toma diferentes formas de preocupación, rumiación del pensamiento, expectación ansiosa, o pensamientos negativos de acuerdo al contenido de sus creencias. De acuerdo a Rapee (2016) “es común que muchos niños ansiosos, especialmente aquellos que se preocupan de manera considerable, tengan problemas con el sueño” (p.3).

Se debe señalar que en los casos de ansiedad infantil, es común enfocarse en la ansiedad como un espectro o en trastornos relacionados, en lugar de advertirlo como un trastorno único como consecuencia de la fuerte superposición entre los trastornos de ansiedad y entre la ansiedad y otros trastornos internalizantes como la depresión y a que rara vez los niños con ansiedad clínica cumplen criterios para solamente un trastorno (Rapee, 2016).

Trastorno de Ansiedad por Separación

Cuando se habla de ansiedad por separación, se hace referencia a una respuesta emocional en la cual el niño experimenta angustia como consecuencia de separarse físicamente de la persona con quién está vinculado, por lo cual podría advertirse como un fenómeno normal, y parte del desarrollo infantil, que se manifiesta alrededor de los 6 u 8 meses de edad, adaptativo en la medida en que permite que el niño desarrolle su capacidad de estar a solas (Mayes, Gillian & Stout, 2007). No obstante, el trastorno de ansiedad por separación propiamente dicho, hace alusión a una manifestación psicopatológica en la cual el niño presenta la incapacidad de quedarse y estar a solas, siendo incapaz de separarse de la persona que es significativa para él, evidenciando una angustia excesiva de acuerdo a su nivel de desarrollo.

Este es uno de los trastornos más recurrentes en la infancia, principalmente entre los 7 y 9 años de edad y fue definido en el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2013) como la ansiedad excesiva e inapropiada de acuerdo a la etapa del desarrollo en relación a la separación de éste de sus figuras de apego, de acuerdo a ello, el trastorno puede hacerse manifiesto de las siguientes formas:

Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto al hogar o las principales figuras de apego.

Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de perder a las principales figuras de apego o de que estas sufran daño

Preocupación excesiva y persistente de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura importante de apego.

Resistencia o negativa persistente a salir fuera de casa, ir a la escuela, al trabajo o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.

Resistencia o miedo excesivos o persistentes a estar solo o sin las principales figuras de apego en casa en otros sitios.

Resistencia o negativa persistente a dormir fuera de casa o ir a dormir sin estar cerca de una importante figura de apego.

Pesadillas repetidas con temática de separación

Quejas repetidas de síntomas físicos cuando se anticipa u ocurre la separación respecto a figuras importantes de apego.

Criterios Diagnostico.

En este orden de ideas, el diagnostico puede establecerse a partir de los criterios diagnósticos del DSM-V o del CIE-10, los cuales describen síntomas casi idénticos para este trastorno, exceptuando que en el segundo de ellos, se denomina, trastorno de separación en la infancia, ya que lo limita a esta etapa, exige que le edad de inicio sea menor de 6 año y establece un diagnóstico diferencial si el cuadro clínico forma parte de un trastorno de las emociones, del comportamiento o de la personalidad, o de un trastorno por abuso de sustancias psicotrópicas. En el caso del DSM – V, se advierte que después de los 18 años, se trataría del principio de otro trastorno.

A continuación se describen los criterios para cada una de estas dos clasificaciones:

Tabla 3.

Criterios del DSM-V y CIE- 10 para el diagnóstico de ansiedad por separación.

DSM-V	CIE- 10
<p>A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego. 2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte. 3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un 	<p>Como mínimo han de aparecer tres de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preocupación sin justificación por posibles daños que puedan ocurrir a personas significativas o temor a que alguna de éstas muera o les deje. 2. Preocupación injustificada por un acontecimiento que les separe de personas significativas (p. ej. perderse, secuestro, asesinato). 3. Desagrado o rechazo repetido a ir al colegio, sobre todo por miedo a la separación. 4. Dificultad para separarse por la noche manifestado por: <ul style="list-style-type: none"> • Desagrado o rechazo repetido a irse a la cama sin una persona significativa cerca.

accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.

4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo, o a otro lugar por miedo a la separación.
5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p.ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en

- Frecuentes despertares durante la noche para comprobar o para dormir cerca de personas significativas.
 - Desagrado o rechazo repetido a dormir fuera del hogar.
5. Temor no adecuado y persistente a estar sin personas significativas en casa durante el día.
 6. Repetidas pesadillas sobre el tema de la separación.
 7. Síntomas somáticos reiterados (náuseas, dolores gástricos, cefaleas o vómitos) en situaciones que implican separación de personas significativas.
 8. Al anticipar, durante o inmediatamente después de la separación de una persona significativa, experimenta malestar excesivo y recurrente (ansiedad, llanto, rabietas, tristeza, apatía o retraimiento social).

niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.

C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro del autismo; delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos; rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia; preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada; o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

Fuente. *American Psychiatric Association (2013); Organización Mundial de la Salud (2000)*

Es importante hacer hincapié en la etiología y mantenimiento del TAS, encontrando en la literatura diversos factores asociados a los mismos, los cuales se plasman en la siguiente tabla:

Tabla 4.

Factores asociados a la etiología y mantenimiento del TAS

Factores	Vulnerabilidad genética
Etiológicos	No haber sido expuesto a una separación paulatina de los padres
	Experiencias traumáticas de separación
	Las figuras de apego refuerzan positivamente, de un modo abierto o sutil, las conductas de dependencia y búsqueda de contacto del niño.
	Que los padres, y especialmente las madres, sufran o hayan sufrido algún trastorno de
	Ansiedad
Factores	Ansiedad anticipatoria y durante la separación de tipo somático y cognitivo.
Mantenedores	Reforzamiento positivo de las conductas de apego mediante atención, tranquilización, consuelo.
	Reforzamiento negativo a través de la prevención de la ansiedad y de posibles estímulos temidos en el ambiente por medio de las conductas de apego.
	Consecuencias negativas del trastorno

Fuente. *Bados, 2015.*

Estos factores tanto a nivel etiológico como cuando actúan de mantenedores, pueden confluir aumentando la probabilidad de desarrollar y sustentar el trastorno.

Los problemas asociados al TAS más frecuentes incluyen los trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos, algunos datos llegan a relacionar la ansiedad por separación en la infancia y el trastorno de pánico con o sin agorafobia más adelante, otros hacen alusión a la asociación entre ansiedad por separación y trastorno de pánico, y también la relación respecto a otros trastornos, especialmente los de ansiedad (Kossowsky, Pfaltz, Schneider, Taeymans, Locher, & Gaab, 2013). De acuerdo a Robertson, Eaves, Hettema, Kendler & Silberg (2012) se observa una diátesis genética entre el TAS y los ataques de pánico que comienzan en la adultez.

Ya en personas adultas, aparecen como problemas asociados el trastorno por estrés postraumático y el duelo complicado., pero no parece estar específicamente ligado con el trastorno de personalidad dependiente, a pesar de las similitudes en los criterios diagnósticos (Bögels, Knappe & Clark, 2013 citados por Bados, 2015).

ANALISIS DEL CASO

Inicialmente el motivo de consulta del caso de Lucia parte de la preocupación de sus padres por problemáticas relacionadas con los hábitos de sueño, el tiempo y la calidad del mismo. Paulatinamente fue posible detectar la incidencia de síntomas asociados al Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS), generando un punto de partida para la evaluación del trastorno. Dentro de este cuadro de síntomas resalta la preocupación constante de la menor en momentos en que se encuentra separada su figura de apego, en este caso la madre, lo cual repercute en su negativa a dormir sola, dormirse temprano o quedarse sola en otros contextos.

Por otra parte el rol asignado por la mama como ángel protector impide el mantener un estado de tranquilidad, pues adiciona miedo y temor constante lo que aumenta los síntomas de ansiedad presentes en la paciente.

La herramienta fundamental en el proceso fue la entrevista donde en dialogo con los padres se presume la etiopatogenia a partir de la separación del padre, quien por motivos económicos se separó por el lapso de un año de su familia, sin mantener contacto ni personal, telefónico o de otra índole. Sumado a ello se analiza cómo la dinámica de la relación entre padres e hijas, la cual es latamente demandante; se identificó en el padre una tendencia a dirigir las tareas del hogar de manera similar a como lidera a sus empleados en la empresa, lo cual es un activador de ansiedad en la paciente, al autoexigirse de acuerdo a los parámetros esperados por este.

El inicio del trastorno y su agudización también se encontró ligado a factores como el cambio de colegio lo cual ha provocado un impacto negativo a nivel emocional en la menor, quien presenta dificultades para relacionarse con sus pares en el contexto escolar, ha sido objeto de bullying, rechazo y ello ha entrado en detrimento de su Autoconcepto, ocasionando al mismo

tiempo respuestas desadaptativas en el hogar y en el colegio. De igual manera su círculo social se veía limitado a la interacción con amigos de la hermana menor dificultando y distanciando la interacción con los pares de su edad al no ver la necesidad de afrontarlo.

El análisis de la conducta problema se describe a través de sus cogniciones, emociones y conductas motoras que le son propias al TAS. A nivel físico se detectan manifestaciones como cefaleas y a nivel mental evidencia alteración del estado anímico, y los problemas del sueño inicialmente referidos. La ansiedad en la paciente se manifiesta en las siguientes áreas:

Control psicológico

- Inquietud
- Miedo a perder el control en situaciones del ámbito académico e interacción con sus pares.
- Bajo autoconcepto y creencias de baja capacidad para responder con las demandas en la esfera social y familiar
- Incremento del temor y angustia frente a pensamientos de pérdida y separación

Control Conductual

- Hipervigilancia de los sucesos que ocurren a su alrededor
- Dificultad de reacción
- Verborrea

Control Intelectual

- Exacerbación de pensamiento preocupantes y negativos
- Dificultad para mantener la atención y la concentración.

Control Asertivo

- Tendencia a desarrollar hostilidad en el ambiente social y familiar.

De aquí que la intervención se desarrolle con fundamento en los factores precipitantes y mantenedores del trastorno, siendo este la variable de estudio en el presente estudio de caso. En este marco, se debe hacer referencia a los factores parentales donde resalta la sobreprotección y más aún el intrusismo, lo cual actúa como generador de una mayor ansiedad en la menor; padre y madre han establecido pautas de crianza que buscan moldear la conducta de la menor tomando como base sus propios miedos e inseguridades, toda vez que por lado, se encuentra una madre ansiosa en busca de respuestas que se adecuen a sus demandas como por ejemplo, la necesidad que la niña procese la información a un nivel mayor a su edad, es decir, que su conducta sea equivalente a los esfuerzos, preocupación y dedicación de la madre.

Por otra parte, algunas de las conductas resistentes y evitativas de Lucia, probablemente guardan estrecha relación con la resistencia misma de la madre hacia el cambio, su deseo de mantener la homeostasis en la dinámica familiar, de no establecer nuevas relaciones con las madres de las compañera del nuevo colegio de Lucia (denotando un mayor disfrute del tiempo compartido con el anterior grupo de madres) y de querer implantar el respeto de sus hijas bajo un argumento exclusivo de jerarquía y mando.

Se presenta también una figura paterna que exige del comportamiento de la menor, estrategias de afrontamiento bajo presión, tal como suele organizar a las personas que trabajan en su entorno laboral, las cuales responden con eficacia y eficiencia ante la intransigencia de su jefatura. De esta manera, el padre sesga el diálogo y observa la dinámica familiar bajo parámetros

netamente conductuales, donde lo que se hace de acuerdo al mandato se premia y lo que no, se castiga, anticipando así, la respuesta, consecuentemente ansiosa.

Seguidamente se debe contemplar la manera en que sus creencias han sido reforzadas al asignarle el acompañamiento de su hermana como imagen protectora y cuya compañía podría entonces contrarrestar los peligros a los que estaría expuesta cuando está sola, confirmando así sus temores; esta angustia, era lo que daba continuidad a su necesidad de levantarse y salir del cuarto, tomar agua y hacer una ronda a mitad de la noche, ritual que solo era detenido por su hermana, quien la alentaba a volver a la cama. Esta relación se hizo extensiva al área social de Lucia, compartiendo con su hermana el mismo círculo de amigos, dentro del cual se sentía segura, aceptada y protegida por esta, al mismo tiempo que tomaba distancia física y emocional de los de su propio entorno escolar, incrementando así la frustración ante la idea de fracasar en la competencia académica, deportiva o lúdica con ellos. Se encontró de esta manera que tanto los estímulos externos como internos que generaban una respuesta de ansiedad se encontraban principalmente en el pensamientos relacionados con la incapacidad de dar respuesta a lo que ella creía se esperaba de sí misma.

Las conductas problema a nivel cognitivo se pueden definir como la anticipación de no poder responder adecuadamente a niveles de logro preestablecidos a nivel familiar y paulatinamente, personal, ya que se trata de una niña altamente autoexigente, con la consecuente preocupación de no poder lograr las metas y recibir el reproche de sus padres y el suyo propio. A nivel motor, Lucia se muestra inquieta, habla de manera acelerada e involucra diferentes temáticas en una misma conversación, algunas veces perdiendo el hilo conductor de la conversación o evadiendo intencionalmente los temas potencialmente le generan ansiedad. En el hogar, presenta dificultad para respetar algunas figuras de autoridad como la madre y la abuela, atendiendo solo a

la perspectiva del padre, hace peticiones con tono demandante a sus caprichos, las cuales con frecuencia derivan en “pataletas” en el hogar.

Ante estas conductas, las respuestas de los padres suelen ser contradictorias, la madre recurre a la amenaza o a ordenes sin argumento los cuales son cuestionados por Lucia, por su parte el padre, cuestiona la manera en que la madre establece los castigos y responde a los comportamientos de Lucia, desautorizándolos con frecuencia o haciendo caso omiso a la situación, estableciendo nuevas demandas a la menor, las cuales deben ser cumplidas bajo sus criterios y no los de la madre.

Se programaron un total de 19 sesiones, semanales con una duración aproximada de una hora, a través de los cuales se aplicaron diversas técnicas cognitivo – conductuales con el fin de alcanzar paulatinamente las metas propuestas para la abolición del cuadro ansioso. El primer objetivo estuvo encaminado a reducir los síntomas físicos de la ansiedad a través de técnicas de autorregulación emocional, como la relajación para niños y técnicas de respiración las cuales fueron reforzadas en las sesiones siguientes para mecanizar el proceso e introducirlas dentro del repertorio cotidiano de la menor. Posteriormente, se detectaron las ideas irracionales vinculadas al miedo a dormir, las cuales incluían distorsiones de tipo catastrófico que incidían en la evitación e interrupción del sueño.

Seguidamente se inicia con el proceso de reestructuración cognitiva sobre la base de las ideas irracionales que habían sido detectadas, empleando para ello la técnica de juego “la cajita mágica” en la cual la menor tenía la posibilidad de escribir sus principales temores, los que posteriormente borraba y reemplazaba con pensamientos alternativos dirigidos a fortalecer sus estrategias de afrontamiento al miedo.

Se desarrolla una sesión de psicoeducación con los padres, cuyas conductas actuaban como mantenedores del comportamiento ansioso de la paciente, durante la sesión, los padres se muestran receptivos a las indicaciones, se explica la manera en que se han venido implementando las técnicas y el acompañamiento que se espera desde su rol en el contexto familiar.

Se da continuidad en las evaluaciones de la técnica “la cajita mágica” y reestructuración del concepto de necesidad de compañía al momento de dormir, contrastando sus creencias con evidencias recabadas a partir del dialogo socrático con la menor, donde ella misma reconoce e identifica la manera en que sus pensamientos y temores, no presentan un fundamento en la realidad. Esta sesión fue seguida nuevamente de un trabajo conjunto con los padres en torno a la importancia del desarrollo de estrategias de afrontamiento de su hija, pero además, del manejo de la ansiedad en ella desde su actuación, el manejo de contingencias para reducir el control exagerado y la sobreprotección, habilidades para reducir la crítica y el conflicto generando alternativas para la resolución de problemas; en esta intervención, también se hizo hincapié en la eliminación de la responsabilidad del cuidado de la hermana.

El protocolo conductual al momento de dormir, fue modificado de manera gradual, trabajando profilaxis de sueño y evaluando síntomas y hábitos de higiene de dormir para determinar.

Además de ello, uno de las sesiones estuvo dirigida a la observación de los patrones comunicacionales con la hermana y la dinámica de juego con ella, siendo una relación determinante en el mantenimiento de la ansiedad; mejorando el rol entre hermanas aboliendo la idea de “ángel protector” y estableciéndolo como “hermana mayor”. En esta medida, se desarrollaron espacios con la hermana, que favorecieran el desarrollo de respuestas adaptativas a

las situaciones sociales, creando un espacio para la independencia en el contexto social y en la relación con sus pares.

Con base a ello, se buscó desarrollar autonomía en la toma de decisiones por parte de la niña, llevando a cabo ensayos conductuales y asignando tareas graduales que le permitieran adquirir confianza a sí mismas. De igual manera se realiza fortalecimiento de otras habilidades sociales, a través de tareas dirigidas, autoinstrucciones, juego de roles, entre otras que se fundamentaron en autorregistros y en registros solicitados a la hermana fuera y dentro del contexto escolar.

Se realizó un entrenamiento en habilidades sociales que buscaba el mejoramiento de las conductas así como la implementación del abanico de soluciones facilitando el poder solucionar problemas o dificultades presentes ante situaciones nuevas en el mejoramiento de su círculo social.

Cada uno de los objetivos terapéuticos fueron evaluados con los padres en torno a los logros que se alcanzaron con la paciente, los cuales permitieron no solo mejorar su higiene del sueño si no abolir los síntomas asociados al trastorno de ansiedad; Lucia logró evidenciar un cambio en las relaciones con sus pares y con otras personas de su entorno familiar, de igual manera, logró afrontar sus debilidades de manera tolerante consigo mismos y expresar sus emociones de manera regulada.

En términos generales se puede referir que la paciente logro flexibilizar sus creencias desadaptativas principalmente las que aludían a su perfeccionismo, hiperexigencia e hiperresponsabilidad. De igual manera, la paciente aprendió a relajarse mediante el entrenamiento autógeno, logró darle mayor importancia a sus relaciones sociales y reducir la ansiedad ante situaciones cotidianas. Finalmente, el cierre de la terapia permitió establecer recomendaciones

generales a los padres para mantener dichos logros y reforzar positivamente los cambios en el comportamiento de Lucia, una vez culminado el tratamiento.

DISCUSION

Los trastorno de ansiedad en la infancia, tal como se refería al inicio de este proceso, con frecuencia son difícilmente identificables, sus manifestaciones son polimorfas y en ocasiones desconcertantes para los padres, en muchos casos, el motivo de consulta no es precisamente la ansiedad, lo cual requiere de una evaluación y experticia del clínico al momento de abordar la sintomatología. Ciertamente, el trastorno de ansiedad por separación (TAS), es uno de los trastornos de ansiedad infantil que se presenta entre los 5 y 12 años de edad, donde la dificultad de distinguir entre lo patológico y lo normal es latente debido precisamente a que la ansiedad tiene funciones adaptativas; de aquí que tal como señalan Klein & Pine (2002), se deba acudir en primera instancia a la capacidad que tiene el niño de reponerse a las situaciones que le han provocado el episodio ansioso o flexibilidad en la adaptación afectiva.

En el caso de Lucia si bien el motivo de consulta inicial hacía referencia a problemas relacionados con sus patrones y hábitos de sueño inadecuados, la evaluación clínica permitió dar cuenta de la presencia de síntomas asociados al TAS, los que posteriormente se corroboraron, y se fueron encausando desde la anamnesis. Desde luego, la incapacidad de Lucia de dormir sola y no poder estarlo en otros ámbitos, fue una primera señal del trastorno, que paulatinamente evidenció que no se trataba de una angustia normativa; seguidamente, la necesidad constante de atención, la inseguridad, agresividad y otras que generaban frustración en los padres fueron haciendo parte de lo que estos aludían en consulta, características mismas que han sido por Pacheco y Ventura (2009), como descripciones frecuentes en niños con TAS.

El TAS en Lucia, presento un inicio agudo o insidioso, precedido por un estrés significativo (Pacheco y Ventura, 2009), el cual inicia en el abandono físico y emocional por parte del padre al

núcleo familiar, sin recibir explicaciones acordes a su edad y perder todo contacto con este por un periodo de un año, hasta que el padre decide regresar. Este regreso estuvo acompañado de nuevos cambios en la dinámica familiar, en la satisfacción de las necesidades de sus miembros, cambio de colegio y otros que pudieron ser detonantes para el inicio de los síntomas.

Por otra parte, es importante recordar que el TAS, al igual que otros trastornos de ansiedad, suelen provocar un impacto negativo en otras esferas del desarrollo en la infancia, afectando, como en el caso de Lucia, su integración social, su rendimiento académico y fundamentalmente, para Lucia, su autoestima. Ahora bien, Muris et, al (1998), indican que tanto el control parental como el estilo de crianza ansioso se relacionan significativamente con este trastorno en niños escolares, siendo estos dos aspectos, notablemente marcados en la conducta de ambos padres de la paciente, reforzando las creencias irracionales que presenta Lucia en torno a sus capacidades y que con frecuencia confluyen con distorsiones cognitivas de tipo catastrófico.

Así mismo dichas creencias evidenciaban expectativas negativas frente al futuro “Tengo miedo de fracasar” “Si fracaso o me equivoco los voy a defraudar”, consecuentemente se presentaban automanifestaciones negativas de incapacidad o de inferioridad que daban lugar a sus respuestas maladaptativas, todo ello redundaba en la evidencia de una actitud evitativa por parte de la paciente, retomando a Rapee (2016), la evitación constituye sin duda la característica principal de los trastornos de ansiedad, respuesta que indefectiblemente se encuentra relacionada con la anticipación de amenaza que deriva de sus creencias.

Ahora bien, de acuerdo a Ruiz, (2005) el ambiente es un factor determinante en las respuestas de ansiedad en los niños, por lo tanto, si el ambiente tiende a minimizar, culpar u obligar al niño a enfrentar el problema, sin que este cuente con los recursos para hacerlo, pueden producir

resistencia en este al momento de afrontarlo y aceptar ayuda, comprometiendo finalmente su adecuado desarrollo. En este aspecto, Rapee (2016), indica que existen pocas dudas que la crianza de niños ansiosos se encuentra caracterizada por la sobreprotección, el intrusismo y la negatividad, dando lugar a relaciones cíclicas donde el niño sobreprotegido busque provocar esta misma situación, generando mayor ansiedad como producto del moldeamiento dentro de los propios miedos y estrategias de afrontamiento de los padres.

Diversas investigaciones (Ruiz, 2005; Pacheco y Ventura, 2009; Torres y Chávez, 2013), dan cuenta de la efectividad del tratamiento cognitivo conductual en el TAS, en este caso, no solo se trabajó en torno a la paciente, sino que se involucró a los padres como parte fundamental del tratamiento, transmitiendo de manera acertada la comprensión de la angustia que experimentan las partes y propendiendo la seguridad de la remisión de los síntomas con el tratamiento adecuado (Pacheco y Ventura, 2009), lo que al mismo tiempo fomenta la participación de los padres en el proceso, ya que inicialmente, ante el desconocimiento del trastorno, pueden considerar que su actuación no forma parte del tratamiento, lo cual puede resultar contraproducente para el mismo.

Atender a la sintomatología de los niños dentro de un contexto y circunstancias ambientales, sumadas a las disposiciones personales, es un aspecto clave al momento de comprender el origen, los elementos que exacerban el problema y mantiene el malestar; al respecto es importante recordar que en la terapia cognitivo conductual existen elementos y factores que se interrelacionan entre sí y que deben tomarse en cuenta al momento de conceptualizar las dificultades psicológicas tanto a nivel interpersonal como ambiental, la fisiología, la conducta, y la cognición, claves en la psicoterapia infantil (Friedberg, 2005), de aquí la relevancia de atender a las particularidades del caso de Lucia, para dar el curso adecuado a su tratamiento, a que la manera en que esta niña, como individuo, había interpretado múltiples experiencias de su vida de

manera determinante para su desarrollo emocional, siendo este punto de vista, el foco de atención para su tratamiento.

Desde luego al inicio de cada sesión se revisaron las tareas asignadas para el hogar y cada una fue retroalimentada al finalizar con la madre de la menor, garantizando así la comprensión del proceso y el acompañamiento del mismo desde el hogar, canalizando así la frecuencia e intensidad con que se presentaban los episodios ansiosos; ello al mismo tiempo requirió de la toma de conciencia por parte de la madre de la importancia de permitirse a sí misma y a su hija la oportunidad de establecer nuevos vínculos con el contexto escolar y la comunidad educativa de la que formaban parte.

De aquí que el proceso haya resultado satisfactorio frente al logro de los objetivos terapéuticos, proporcionando a la paciente recursos cognitivos, emocionales y sociales que no solo cumplen una utilidad en el proceso de abolición de la sintomatología ansiosa, sino que además, se hacen extensivos para el afrontamiento de situaciones estresantes en su futuro. Ello al mismo tiempo conduce a una independencia emocional que le permite desarrollar de manera adecuada todas y cada una de sus áreas de ajuste, disminuyendo gradualmente la frustración derivada de sus pensamientos de incapacidad e inferioridad principalmente respecto a sus pares.

CONCLUSIONES

La atención al caso de Lucia, permitió la evaluación y posterior intervención de ansiedad infantil desde el enfoque cognitivo conductual, ello desde la identificación de un Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS), recabando información teórica y empírica que sirvió como fundamento en un proceso a partir del cual fue posible alcanzar los objetivos del trabajo y cada uno de los objetivos terapéuticos durante las sesiones, conducentes a la abolición de las respuestas des adaptativas de ansiedad infantil, para la disminución de manifestaciones asociadas al trastorno de ansiedad por separación.

Se logró realizar la evaluación dirigida al análisis de aspectos clínicos y terapéuticos en casos de ansiedad infantil, a partir de la cual fue posible establecer, pese al motivo de consulta inicial (trastorno del sueño), que este se trataba de un caso de Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS), sobre el cual posteriormente se diseñaron los objetivos terapéuticos en cada sesión. Dicho trastorno, ocasionaba en Lucia dificultades en su desarrollo psicosocial y emocional que al mismo tiempo generaban conflicto en la dinámica familiar.

En consecuencia, se desarrolló un abordaje psicoterapéutico a partir de la implementación de técnicas cognitivo – conductuales para la reducción del cuadro sintomático, referido en cada uno de los objetivos de las sesiones. Dentro de estas técnicas, se incluyó técnicas de autorregulación emocional (técnicas de relajación y respiración) restructuración cognitiva, reforzamiento positivo, manejo de contingencias, técnicas para el fortalecimiento de habilidades sociales (Autoinstrucciones, juego de roles), profilaxis del sueño, entre otras que fueron evidenciando su pertinencia y eficacia en el curso del proceso psicoterapéutico.

Se concluye la terapia constatando la eficacia del tratamiento, dado que se logra la remisión de los síntomas inicialmente referidos por la paciente, a medida que implementaba las diferentes técnicas estructuradas y las insertaba en su cotidianidad, propendiendo a la niña no solo recursos conductuales, sino cognitivos, emocionales y sociales acordes a su edad. Ello requirió además la participación y psicoeducación de los padres, para contrarrestar los efectos su conducta ansiosa y controladora en el hogar, que actuaban como mantenedores del problema.

Es recomendable mantener la cautela en la identificación y abordaje de los trastornos de ansiedad en la infancia, diferenciando adecuadamente aquellos que responden a la ansiedad normativa propia de cada etapa del ciclo vital de niños y adolescentes y aquellas que sugieren contenido patológico, adoptando las técnicas y estrategias que mayor pertinencia revistan en función de las características individuales y ambientales del niño.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM V)*. Ed. Masson, Barcelona.
- Argumedos, Pérez y Acosta, (2014). El estudio de los trastornos emocionales en la infancia colombiana. *Revista Búsqueda*, 13: 68 -81. Disponible en revistas.cecar.edu.co/busqueda/article/download/157/148
- Bados, A. (2015). *Trastorno de ansiedad por separación, rechazo escolar y fobia escolar*. Universidad de Barcelona. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Disponible en <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65645/1/T%20ansiedad%20separaci%C3%B3n%20Rechazo%20escolar.pdf>
- Becerra, A; Madalena, A; Estanislau, C; Rodríguez, J; Dias, H; Bassi, A; Chagas, D; Morato, S. (2007). Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y maladaptaciones *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39 (1): 75-81 Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80539107>
- Canino G, Shrout P, Rubio-Stipec M et al (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 61:85-93.
- Fernández, M. (2009). Los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: particularidades de su presentación clínica. *Revista PSIMONART*, 2 (1) 93-101. Disponible en http://www.clinicamontserrat.com.co/web/documents/Psimonart/volumen2-1/08_Psimonart_03_trastornos_de_ansiedad.pdf

García, JA. (2006). Ansiedad. *Revista Psicoterapeutas*, (2):1-4.

Gómez, C. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Pontificia Universidad Javeriana.

Disponible en

www.visiondiweb.com/insight/.../Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf

González, M. (2007). Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. *Revista*

Cubana de Medicina General Integral, .23 (1): 0-0. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000100013&lng=es&nrm=iso)

[21252007000100013&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000100013&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1561-3038.

Kossowsky, J., Pfaltz, M. C., Schneider, S., Taeymans, J., Locher, C. y Gaab, J. (2013). The separation anxiety hypothesis of panic disorder revisited: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 170: 768-781.

Last CG, Hansen C, Franco N (1997). Anxious children in adulthood: A prospective study of adjustment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:645-652.

Mayes L, Gillian W, Stout-Sosinsky L (2007). The infant and toddler. En: *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, 4th Edition, Martin A, Volkmar F. (Eds),

Moyano, M. (2013). Plan psicoterapéutico para disminuir la ansiedad asociada en el trastorno bipolar por medio del modelo integrativo enfocado en la personalidad. (*Tesis doctoral*). Universidad de Azuay. Ecuador.

- Muris P, Meesters C, Merckelbach H, Sermón A, Zwakhalen S. (1998). Worry in normal children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37: 703-10.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios de investigación. Madrid: Panamericana.
- Pine DS, Cohen P, Gurley D et al (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55:56- 64.
- Posada, J. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 33 (4):497-498. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572013000400001&lng=en&nrm=iso. ISSN 0120-4157.
- Torres, V y Chávez, A. (2013). Ansiedad. *Revista de Actualización Clínica Médica*, 35 : 1788-1792 . Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682013000800001&lng=es&nrm=iso. ISSN 2304-3768.
- Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5:311-341.
- Rapee RM. (2016). Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes: Naturaleza, Desarrollo, Tratamiento y Prevención (Irrázaval M, Stefan MT, trad.). En Rey JM (ed), *Libro electrónico de IACAPAP de Salud Mental en Niños y Adolescentes*. Geneva: Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesiones Aliadas de Niños y Adolescentes.

- Roberson, R., Eaves, L. J., Hettema, J. M., Kendler, K. S. y Silberg, J. L. (2012). Childhood separation anxiety disorder and adult onset panic attacks share a common genetic diathesis. *Depression and Anxiety*, 29(4), 320-327.
- Ruiz, A. y Lago, B. (2005). *Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia*. Disponible en https://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad_0.pdf
- Torres, V. y Chávez, A. (2013). Ansiedad. *Revista de Actualización Clínica*, 35: 1788 – 1792. Disponible en http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682013000800001&script=sci_arttext

ANEXOS

Escala de Ansiedad Infantil de Spence

NOMBRE: FECHA:

Marca con una X la frecuencia con la que te ocurren las siguientes situaciones. No hay respuestas buenas ni malas.

- | | | | | |
|---|---|---|--|---|
| 1. Hay cosas que me preocupan..... | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 2. Me da miedo la oscuridad..... | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 3. Cuando tengo un problema noto una sensación
extraña en el estómago..... | <input type="checkbox"/> Nunca | <input checked="" type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 4. Tengo miedo..... | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 5. Tendría miedo si me quedara solo en casa..... | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input checked="" type="checkbox"/> Siempre |
| 6. Me da miedo hacer un examen..... | <input type="checkbox"/> Nunca | <input checked="" type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 7. Me da miedo usar aseos públicos..... | <input type="checkbox"/> Nunca | <input checked="" type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres..... | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input checked="" type="checkbox"/> Siempre |
| 9. Tengo miedo de hacer el ridículo delante de la gente.. | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 10. Me preocupa hacer mal el trabajo de la escuela..... | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 11. Soy popular entre los niños y niñas de mi edad..... | <input checked="" type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 12. Me preocupa que algo malo le suceda a alguien de
mi familia..... | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input checked="" type="checkbox"/> Siempre |
| 13. De repente siento que no puedo respirar sin motivo.. | <input type="checkbox"/> Nunca | <input checked="" type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 14. Necesito comprobar varias veces que he hecho bien
las cosas (como apagar la luz, o cerrar la puerta con
llave)..... | <input checked="" type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 15. Me da miedo dormir solo..... | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input checked="" type="checkbox"/> Siempre |
| 16. Estoy nervioso o tengo miedo por las mañanas
antes de ir al colegio..... | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 17. Soy bueno en los deportes..... | <input type="checkbox"/> Nunca | <input checked="" type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 18. Me dan miedo los perros..... | <input checked="" type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas... | <input type="checkbox"/> Nunca | <input checked="" type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 20. Cuando tengo un problema mi corazón late muy
fuerte..... | <input type="checkbox"/> Nunca | <input checked="" type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 21. De repente empiezo a temblar sin motivo..... | <input type="checkbox"/> Nunca | <input checked="" type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme..... | <input type="checkbox"/> Nunca | <input checked="" type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 23. Me da miedo ir al médico o al dentista..... | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |

24. Cuando tengo un problema me siento nervioso.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
25. Me dan miedo los lugares altos o los ascensores.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
26. Soy una buena persona.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
27. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo en un número o en una palabra) para evitar que pase algo malo.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
28. Me da miedo viajar en coche, autobús o tren.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
29. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí...	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
30. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (como centros comerciales, cines, autobuses, parques).....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
31. Me siento feliz.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
32. De repente tengo mucho miedo sin motivo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
33. Me dan miedo los insectos o las arañas.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
34. De repente me siento mareado o creo que me voy a desmayar sin motivo.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
35. Me da miedo tener que hablar delante de mis compañeros de clase.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
36. De repente mi corazón late muy rápido sin motivo...	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
37. Me preocupa tener miedo de repente sin que haya nada que temer.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
38. Me gusta como soy.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
39. Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados (como túneles o habitaciones pequeñas).....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
40. Tengo que hacer algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar, o poner las cosas en un orden determinado).....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
41. Me molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en mi mente.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
42. Tengo que hacer algunas cosas de una forma determinada para evitar que pasen cosas malas.....	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
43. Me siento orgulloso de mi trabajo en la escuela.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
45. ¿Hay algo más que realmente te dé miedo?				
<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Escribe qué es.....				
¿Con qué frecuencia te pasa?.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre

los juegos de terror